

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

СЛУЧАЙ ФИЛЯРИАТОЗА В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

Жильцов И.В., Шибeko М.О., Семёнов В.М., Дмитраченко Т.И., Бекиш Л.Э.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Гельминтозы имеют определённые территориальные и социальные особенности распространения, но в связи с высокой миграцией населения, возрастающими контактами с зарубежными странами в последние годы, они стали встречаться повсеместно, стало возрастать число случаев завоза паразитарных тропических болезней на территорию нашей страны. Данное заболевание встречается редко на территории Республики Беларусь и вызывает определённые трудности в диагностике.

Цель. Описать случай тропического гельминтоза в Витебской областной клинической инфекционной больницы.

Материал и методы. Проанализирован клинический случай в Витебской областной клинической инфекционной больницы пациента с филяриатозом. Для дифференциальной диагностики с лихорадкой Эбола проводились следующие методы исследования: ИФА для выявления специфических антител, ПЦР для выявления РНК вируса в биологическом материале, исследование мочи на вирус. Выполнен комплекс общеклинических исследований: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ кала на присутствие яиц паразитических червей; взята кровь на заболевания тифопаратифозной группы, сыпной тиф, сделаны посевы крови на стерильность и гемокультуру. Для дифференциальной диагностики с малярией была выполнена микроскопия толстой капли крови, окрашенной по Романовскому-Гимзе. Для детализированного исследования окрашенного препарата был использован микроскоп LeicaDM 750 с промежуточным модулем LeicaEC3 со встроенной CMOS-камерой.

Результаты и обсуждение. В УЗ «ВОКИБ» поступил студент первого курса факультета подготовки иностранных граждан УО «ВГМУ», который накануне прилетел из Ганы. На момент госпитализации он предъявлял жалобы на фебрильную (до 38,6°C) лихорадку, слабость, озноб. Указанные жалобы появились приблизительно за 2 недели до госпитализации и сохранялись во время перелёта в Республику Беларусь; лихорадящий пациент не привлёк внимание санитарно-противоэпидемической службы аэропорта. Поскольку пациент в детстве перенёс малярию (точный диагноз не помнит), данный лихорадочный эпизод был воспринят им как очередной рецидив малярии, вследствие чего пациент на протяжении заболевания принимал Артемизинин (без видимого эффекта); также, в отличие от рецидива малярии, у иммунного больного лихорадка была ежедневной, не имея типичного для данного заболевания альтернирующего («возвратного») вида. Поскольку после прибытия в Республику Беларусь лихорадка сохранялась, пациент обратился к терапевту клиники ВГМУ, откуда был направлен на госпитализацию в УЗ «ВОКИБ» в связи с подозрением на лихорадку Эбола (т.к. Гана является территорией, эндемичной по данному за-

болеванию и мониторируемой ВОЗ).

При поступлении в стационар у пациента был произведен отбор крови и мочи на вирус Эбола (ИФА для выявления специфических антител и ПЦР для выявления РНК вируса в биологическом материале); анализы были выполнены в РНПЦЭМ (г. Минск) и оказались отрицательными, о чём стало известно уже на следующий день. Пациент был также обследован на заболевания тифопаратифозной группы, сыпной тиф и малярию; в последнем случае была выполнена микроскопия толстой капли крови, окрашенной по Романовскому-Гимзе. Был также выполнен полный комплекс общеклинических исследований, включающий общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ кала на присутствие яиц паразитических червей. Всё время пребывания в стационаре у пациента сохранялась субфебрильная (в пределах 37,0...37,4°C) лихорадка при отсутствии локализованных жалоб; сыпи на коже не было, отёчности мягких тканей не отмечалось. В общем анализе крови была выявлена заметная эозинофилия (14%, а в повторном анализе, выполненном на следующий день – 22%); прочие показатели оставались в пределах нормы. При микроскопии же толстой капли крови, помимо форменных элементов, были обнаружены множественные нитевидные образования (до 7 в поле зрения), при увеличении до 90X напоминающие трипаномы, но без различного ядра. Размер образований составлял до 8 мкм; у части из них просматривалась «ундулирующая мембрана». При этом поиск малярийных плазмодиев в эритроцитах оказался безрезультатным.

Для детализированного исследования окрашенного препарата был использован микроскоп Leica DM 750 с промежуточным модулем Leica EC3 со встроенной CMOS-камерой (увеличение до 150X с использованием иммерсионного объектива и фирменного синтетического иммерсионного масла). Был получен ряд микрофотографий интересующих нас объектов с HD-разрешением. На полученных фотографиях удалось рассмотреть ряд деталей изучаемых образований. Оказалось, что они имеют вид тонких ($\approx 0,1$ мкм) нитей длиной до 14-15 мкм, расположенных в препарате хаотичным образом, преимущественно в виде незамкнутого кольца (но также линейно либо узлом), «головной» конец нитей был несколько шире хвостового. Данные образования были опознаны специалистами кафедры медицинской биологии с курсом паразитологии как микрофилярии неизвестного вида. Принимая во внимание место жительства пациента и дневной характер микрофиляриемии, можно было предположить онхоцеркоз, лоаоз либо мансонеллез; к сожалению, уточнить диагноз не представилось возможным ввиду редкости данных заболеваний в Республике Беларусь и, ввиду этого, отсутствия диагностических тест-систем. В клинику начальной стадии данного заболевания хорошо укладывается эпизодическая лихорадка с явлениями общей ин-

токсикации и эозинофилия; при этом отсутствие кожных изменений и/или поражений мягких тканей также указывает на раннюю стадию заболевания, при которой специфическая терапия гарантирует полное излечение без остаточных явлений.

Посевы крови на гемокультуру и стерильность не выявили рост патогенных микроорганизмов, при микроскопии толстой капли крови малярийный плазмодий не был выявлен, РСК с сыпнотифозным диагностикумом дала отрицательный результат; назначенное при поступлении лечение цефтриаксоном внутривенно по 2,0 один раз в сут-

ки не дало клинического эффекта. В итоге пациент был выписан на четвертые сутки госпитализации с диагнозом «филяриатоз неуточнённый, предположительно онхоцеркоз», рекомендована специфическая терапия альбендазолом, ивермектином либо диэтилкарбамазина цитратом, желательна – в специализированном стационаре страны постоянного проживания.

Выводы. В заключении надеемся, что описанный нами случай филяриатоза будет полезен инфекционистам и терапевтам для дифференциальной диагностики в практической деятельности.

ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИЕЙ

Зыкова О.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В диагностике дерматозов важную роль играет оценка состояния ногтевых пластинок, которые являются производными кожи. Здоровые ногти считаются неотъемлемой составляющей здорового внешнего вида человека, и любая патология ногтей существенно нарушает качество жизни пациента [1]. В этом отношении псориаз является актуальным заболеванием для тщательного анализа ногтевого статуса. Известно, что около половины пациентов с псориазом страдают поражением ногтевых пластин [1, 2]. Актуальность поражения ногтей как определяющего фактора тяжести псориаза для определённой части пациентов подтверждается возможностью изолированного поражения ногтей на начальном этапе развития заболевания, выделение псориатической ониходистрофии как самостоятельной патологии при псориазе (Kahl C et al., 2012 и др.), а также многочисленные исследования, посвящённые разработке и оценке эффективности наружных и системных лекарственных средств для лечения ногтевых дистрофий при псориазе (Scher RK et al., 2001, Rigopoulos D et al., 2002, Machrle G. et al., 1995, Reich, K., 2009, Rigopoulos D et al., 2009, Kahl, C. et al., 2012). В то же время в многочисленных исследованиях доказан системный характер псориаза, описаны признаки структурной и патогенетической связи между аутоиммунным воспалительным поражением мелких суставов кистей и околосуставных структур и поражением ногтевых пластин [3, 4]. Ониходистрофия является одним из непостоянных диагностических симптомов как псориаза, так и псориатического артрита. Признак псориатического поражения ногтей является одним из составляющих всех диагностических критериев псориатического артрита. Тяжесть поражения ногтей при псориазе может быть прямо взаимосвязана с тяжестью поражения кожи и суставов [1], хотя нередко такая связь не прослеживается в группах обследованных. Псориатическое воспаление может локализоваться как в зоне ногтевого ложа, так и в зоне матрикса ногтя. Известны разнообразные поражения обеих вышеуказанных локусов ногтей. Они проявляются изменением цвета, характера поверхности, сте-

пенью соединения ногтевой пластины с подлежащими структурами кожи ногтевых частей пальцев вплоть до полного отслоения. Показано, что онихолизис является признаком, который наиболее тесно связан с псориатическим артритом [5].

Наиболее частыми вариантами псориатической ониходистрофии считаются пунктиформность, тип «масляного» пятна, онихолизиса. Наличие продольной исчерченности, трахионихий, линий Бо, подногтевых геморрагий и других видов дистрофии могут указывать на сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, нарушения обмена веществ или эндогенной интоксикации.

Целью исследования были субъективные и объективные признаки поражения суставов у пациентов дерматологического стационара, страдающих псориазом.

Материал и методы. Обследованы 306 пациентов дерматологического стационара, страдающие псориазом. Из них у 81 пациента диагностировано псориатическое поражение кожи, у 154 пациентов была установлена артропатическая форма псориаза, у 71 пациента - признаки псориатического поражения кожи и ногтевых пластин. Пациенты из третьей подгруппы составили группу исследования. Пациентов обследовали клинически и рентгенологически. Учитывали возраст, стаж псориаза, возраст первичной манифестации псориатической ониходистрофии; клиническую форму псориатического поражения кожи. Для оценки степени тяжести заболевания рассчитывали индекс PASI [6, 7]. Всех пациентов опрашивали на предмет наличия болей или дискомфорта в суставах кистей и стоп, крупных суставов, позвоночного столба; возраст первичного проявления данных симптомов. Выполняли рентгенологическое исследование суставов кистей и стоп. Полученные цифровые данные обрабатывали с помощью пакета статистических программ Excel.

Результаты и обсуждение. В группе обследованных мужчины составили большинство пациентов (63 мужчин, 8 женщин) в соотношении 7,9 : 1. Средний возраст составил 43,3±1,6 лет. Средняя длительность заболевания составила 17,46±1,26